

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

N° _____

THÈSE

564

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri-Auguste-Albert THEURKAUFF

Élève de l'École du service de Santé Militaire

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 2 Mai 1906 à Mourmelon-le-Grand (Marne)

L'Auto-Ouro-Thérapie

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

ANNÉE 1931

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri-Auguste-Albert THEURKAUFF

Élève de l'École du service de Santé Militaire

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 2 Mai 1906 à Mourmelon-le-Grand (Marne)

L'Auto - Ouro - Thérapie

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
	CARNOT.
	BEZANÇON.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	LÉON BERNARD.
	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie.....	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Histologie.....	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SEZARY.
Pathologie médicale.....	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur).
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophtalmologie.....	VELTER.
Histologie.....	VERNE.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	}	GUENIOT.
Anatomie pathologique.....		LEQUEUX.
Parasitologie		LEROUX.
Histologie		NEVEU-LEMAIRE.
Physique		RETTERRER.
		ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

À TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DEBRÉ.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MA GRAND'TANTE

*en reconnaissance de tout ce
qu'elle a fait pour moi.*

A MON PERE ET A MA BELLE-MERE

*témoignage de ma profonde af-
fection.*

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

A MON FRERE, A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

*Professeur de clinique dermatologique
à la Faculté de Médecine*

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse. En hommage de
notre respectueuse reconnais-
sance.*

A NOTRE MAITRE LE PROFESSEUR H. JAUSION

*Professeur agrégé au Val-de-Grâce
qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a guidé de
ses précieux conseils.*

*En témoignage de mon admira-
tion et de ma profonde grati-
tude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur GOSSET.

Monsieur le Professeur WIDAL (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur agrégé JOUSSET.

Monsieur le Docteur LAUNAY.

Monsieur le Docteur AVIRAGNET.

Monsieur le Docteur CHEVRIER.

Monsieur le Docteur Bernard DESPLAS.

Monsieur le Docteur LOUSTE.

Monsieur le Docteur CATHALA.

A Messieurs les Docteurs Jean MEILLERE,
Paul GUERIN, THIBAUT, LEVY-FRANCKEL,
RAGUT et JUSTER

A MES MAITRES DU VAL-DE-GRACE

A MES CAMARADES DU VAL-DE-GRACE

INTRODUCTION

La thérapeutique des affections cutanées, en dehors des traitements externes, s'est enrichie ces dix dernières années de méthodes nouvelles. Nous les devons aux travaux de Widal et de ses élèves, sur l'anaphylaxie et la colloïdoclasie, et aux recherches de MM. Ravaut et Spillmann sur la sensibilisation et la désensibilisation, dont les résultats ont fait l'objet d'un rapport au 2^e Congrès de Dermato-Vénérologie de Strasbourg, en 1923.

Sans nous préoccuper de la signification que les rapporteurs ont donnée à ces termes, rappelons les différentes méthodes de désensibilisation qui ont été proposées. On peut les classer en deux groupes.

Le premier comprend, les méthodes de désensibilisation qui agissent sur le trouble humoral; ce sont les méthodes anti-anaphylactiques; elles peuvent être soit spécifiques, et, dans ce cas, on administre des doses infinitésimales, progressivement croissantes, de substance nocive, soit non spécifiques; ce sont : l'hémo et la sérothérapie, le traitement par le lait, les peptones le carbonate et l'hyposulfite de soude.

Dans le deuxième groupe entrent les méthodes

de désensibilisation qui modifient le terrain grâce auquel sont apparus les phénomènes de sensibilisation. La syphilis, et surtout l'hérédo-syphilis, étant très souvent en cause, le traitement anti-syphilitique est indiqué.

Pour d'autres auteurs, dont M. Milian, la syphilis et la tuberculose, agissent par l'intermédiaire d'un trouble du système nerveux végétatif.

Parmi les méthodes de désensibilisation, une est particulièrement courante, c'est l'autohémothérapie; utilisée dès 1913 par M. Ravaut pour le traitement de certaines dermatoses, elle n'a cessé depuis d'être employée; elle a donné d'excellents résultats dans la furonculose, l'eczéma et l'urticaire. Plusieurs thèses et de nombreuses publications, ont été consacrées à cette méthode et témoignent en faveur de son efficacité.

Récemment, en 1929, notre maître le professeur agrégé Jausion a apporté avec Paléologue à la société Française de Dermatologie, l'observation d'une malade atteinte d'eczéma et qui a été guérie par des injections hypodermiques de sa propre urine. Depuis, de nombreux malades ont été traités par cette méthode, que son auteur a appelé « l'auto-ourothérapie » et qui va faire l'objet de ce travail.

DEFINITION

L'auto-ouro-thérapie est une méthode thérapeutique qui consiste à injecter sous la peau, ou dans les muscles du malade, une certaine quantité de ses propres urines, fraîchement émises, et rendues stériles par différents procédés sur lesquels nous reviendrons ultérieurement.

Dans cette thèse, nous avons réuni les observations déjà publiées par M. le professeur agrégé Jausion et par les médecins de Franche-Comté. Nous avons joint à celles-ci 3 observations nouvelles.

Nous nous sommes attachés à préciser la technique de la méthode, qui diffère peu de celle indiquée dans les publications précédentes. L'expérience nous a montré les avantages et les inconvénients des divers procédés dont nous disposions, pour antiseptiser les urines. Après quelques tâtonnements, nous sommes arrivés à fixer d'une façon définitive les doses à employer et le rythme des injections.

Nous nous sommes appuyés sur des travaux récents, établissant d'une façon indiscutable le rôle du

système nerveux-végétatif et des glandes endocrines dans la pathogénie de certaines dermatoses, pour formuler les indications de cette méthode et exposer le mode d'action de l'auto-ouro-thérapie.

Le professeur agrégé Jausion, a bien voulu nous communiquer le nombre total des malades traités dans son service, et les résultats obtenus depuis plus de deux ans par son procédé.

Les chiffres, bien mieux que tout ce que nous pourrions écrire, parlent en faveur de l'efficacité de cette thérapeutique.

HISTORIQUE

En feuilletant les anciens traités de médecine, ou en parcourant les différentes thèses consacrées à l'étude des méthodes thérapeutiques utilisées dans l'antiquité, au Moyen-Age, et dans certaines provinces françaises, nous avons pu constater que le sang, les urines, la salive, les matières fécales mêmes ont été employés dans le but de soulager les malades.

C'est ainsi que l'on préconisait l'emploi de suc de blanc d'œuf mélangé à une certaine quantité d'urine d'enfant qui est selon Lémery : « incisive, atténuante, résolutive et détersive ».

D'après les renseignements de Galien et de Dioscoride : « L'urine de celui qui est encore en puberté, bouillie en un vaisseau de cuivre avec miel, nettoie les cicatrices et mailles des yeux ».

L'urine de vache, était recommandée comme hydragogue, et, dit Lémery : « comme le nom de vache donne aux malades une idée sale et dégoûtante, on lui en a donné un plus agréable et plus spécieux; on l'appelle l'eau de Mille-fleurs ».

L'idée d'une autothérapie par les urines, n'est pas

nouvelle non plus, et Brilet cite le cas d'un vieux breton qui faisait de l'autothérapie avec ses urines; certaines lavandières traitent ainsi les eczémas, consécutifs à l'usage de la soude et de l'eau de Javel.

L'introduction des urines sous la peau, a été pratiquée pour la première fois, par le professeur Wildbolz de Berne en 1919. Il pratiquait ces injections, chez les malades suspects de tuberculose et utilisait les réactions ainsi provoquées pour obtenir une démonstration biologique de l'état d'activité d'un foyer tuberculeux.

La technique employée est la suivante : Les urines recueillies aseptiquement, sont réduites au 1/10 de leur volume par concentration dans le vide et chauffage à 70°. Après refroidissement, on passe sur un filtre imbibé d'une solution phéniquée à deux pour cent. L'injection se fait dans le derme, on introduit au moins une à deux gouttes du produit concentré, les résultats sont lus 48 heures après.

Cette uro-intra-dermo-réaction a été étudiée en France par Piery et Ledru, Fernand Besançon et Mathieu-Pierre Weil.

L'introduction des urines sous la peau, ou dans les muscles du malade, dans un but thérapeutique, fut pratiquée pour la première fois, par le professeur agrégé Jausion, qui apporta avec Paléologue, le 2 février 1929, à la Société Française de Dermato-venérolologie, l'observation princeps.

De nouvelles communications à la même Société

furent faites par l'auteur, en collaboration avec P. Cot et R. Sohier en novembre 1929, avec Carrot et Gibert en janvier 1931, avec Pecker et Gervais en mai 1931.

ORIGINE DU PROCEDE

Nous étudierons dans ce chapitre, les raisons qui ont amené le promoteur de la méthode à utiliser les injections intramusculaires ou hypodermiques d'urines du malade, pour le traitement de certaines affections cutanées ou diathésiques.

Dans une publication, faite avec Cot et Sohier, en novembre 1929, l'auteur étudie les méthodes de traitement des eczémas; il préconise la « mithridatisation spécifique », si le malade est jeune et l'antigène connu. Un exemple nous est fourni par les nourrissons qui tolèrent mal le lait, et présentent un eczéma qui disparaît à la suite d'injections lactées sous-cutanées. De même les sujets atteints de dermites professionnelles, sont rapidement guéris par des injections d'une solution déterminée de la substance irritante, provocatrice de cette dermite.

La technique est très simple dans les cas où l'antigène est évident. Chez les sujets âgés, dont les téguements depuis de nombreuses années, sont soumis à l'action nocive d'une foule de substances, cette méthode est inapplicable.

En dehors de ces irritants externes, il peut exister chez certains individus, des irritants d'origine interne, ceci se produit chez les azotémiques, les cholecytiques, les brûlés. La nature précise des antigènes, endo-antigènes pour la plupart, risque de nous échapper. Ces substances prennent naissance au cours de la désassimilation tissulaire, elles sont concentrées par le rein et éliminées dans les urines à l'état de molécules extrêmement dégradées.

En pratiquant des injections répétées de l'urine du malade, on introduit ces substances, qui, entraînées dans les vaisseaux lymphatiques, puis dans les ganglions séjournent au contact des macrophages et sont l'objet d'une véritable digestion élémentaire. Ces notions sont bien connues des immunologistes, qui introduisent par cette voie leurs vaccins.

Cette méthode a beaucoup de points communs avec l'auto-hémothérapie, utilisée pour la première fois en France par Sicard et Guttman en 1912, puis par M. Ravaut l'année suivante pour le traitement des dermatoses. L'auto-hémothérapie consiste à réinjecter sous la peau, le sang prélevé aseptiquement dans une veine du pli du coude.

Le sang ainsi réinjecté, agirait pour les uns en déterminant un phénomène de choc, car le sang se serait modifié dans la seringue; un déséquilibre du milieu en résulterait, déclanchant la crise vasculo-sanguine.

Pour d'autres, le globule rouge, en état de lyse, laisserait échapper des antitoxines.

Bien qu'il soit difficile d'éclaircir le mode d'action de l'auto-hémothérapie, cette méthode est extrêmement répandue et elle rend de très grands services. A côté d'elle, prend place l'auto-ourotérapie, dont le mécanisme est peut-être tout différent, on ne peut en effet invoquer ici la rencontre d'albumines étrangères.

Il n'en est pas moins vrai, que les deux méthodes ont une parenté assez étroite. Dans les deux cas, on fait de l'auto-thérapie. D'un côté, on réinjecte du sang prélevé extemporanément dans une veine du pli du coude, de l'autre des urines fraîchement émises, véritable solution concentrée de déchets organiques. Le mode d'action de ces deux méthodes est également obscur, et on ne saurait cacher qu'elles sont plus empiriques que scientifiques.

Les résultats obtenus avec l'autohémothérapie sont incontestables et lui ont assuré une réputation méritée; ceux obtenus jusqu'à ce jour par l'auto-ourotérapie sont plus qu'encourageants et paraissent dépasser en efficacité ceux du procédé de Sicard et Guttmann.

Il était donc assez naturel de songer à utiliser cette méthode de traitement par les urines. Cette pratique est d'ailleurs dépourvue de dangers et n'est pas douloureuse. Ces avantages joints aux résultats qu'elle donne justifient son emploi.

TECHNIQUE

La technique est extrêmement simple, aussi simple que celle de l'autohémothérapie.

Le matériel nécessaire comporte :

Un verre gradué stérile.

Un flacon compte-gouttes contenant une solution antiseptique.

Une seringue et son aiguille stériles.

Nous recommandons au malade de ne pas uriner pendant l'heure qui précède sa piqûre. L'urine émise par le patient est recueillie dans le verre gradué et additionnée sur le champ de la solution antiseptique, à raison d'une goutte pour un centimètre cube. Si le volume d'urines recueilli est de 20 cm³, nous versons 20 gouttes d'antiseptique. Après un brassage réalisé en aspirant et en refoulant plusieurs fois le mélange à l'aide de la seringue, nous abandonnons cinq minutes les urines au contact de l'antiseptique. Ce temps nous paraît nécessaire pour obtenir une bonne désinfection.

Les injections hypodermiques ou intramusculaires sont faites suivant les techniques habituelles, sous la peau de la face externe de la cuisse, ou dans les masses musculaires de la région fessière, aux lieux d'élection.

Il est inutile de prélever aseptiquement les urines; chez toute femme pouvant présenter un écoulement

leucorrhéique abondant, il est recommandé de faire une toilette génitale.

Passons maintenant en revue les différents procédés susceptibles d'être utilisés pour antiseptiser les urines.

1° Stérilisation par la chaleur. Les urines stérilisées par la chaleur à 120° pendant 20 minutes sont réparties dans des ampoules, c'est un procédé très sûr, mais il a l'inconvénient d'altérer la fraîcheur du produit et de diminuer considérablement le rendement de la méthode. Aussi, pour conserver aux urines toute leur activité, est-il préférable de les employer après stérilisation par les antiseptiques.

2° Le Formol donne de bons résultats, mais il rend l'injection un peu douloureuse.

3° Le Phénol est un excellent antiseptique; mais, il n'est pas miscible aux urines, et on a pu l'accuser autrefois, de provoquer ainsi la gangrène phéniquée.

4° L'éther est un corps très volatil; aussi après brassage prolongé, il risque de n'en rien rester.

Actuellement la préférence va aux préparations suivantes :

5° Le Phénosalyl, présente de grands avantages; il est anesthésique, antiseptique et miscible aux urines.

6° L'alcool iodé au 1/100° est un procédé très sûr, mais qui rend les injections un peu douloureuses.

Ces différents antiseptiques sont employés dans les mêmes conditions à raison d'une goutte pour un centimètre cube.

La durée du contact, limitée à 5 minutes dans la pratique courante, peut être prolongée si l'on estime devoir craindre la teneur en microbes d'une urine particulièrement louche; elle peut être alors portée de 5 à 30 minutes.

Les injections sont faites à la dose de $1/2$, 1, $1\ 1/2$, 2, 3, 5 cm^3 ; ces doses progressives sont faites tous les 2, 3 ou 4 jours, quand la dose de 5 cm^3 est atteinte, on répète celle-ci tous les trois ou quatre jours.

Il est inutile de dépasser cette dose de 5 cm^3 . Le nombre des injections n'est pas limité, si après la cinquième ou la sixième injection, le malade ne ressent aucune amélioration, il est inutile de continuer, mieux vaut essayer une autre méthode, dans le cas contraire, on répète les injections jusqu'à guérison complète.

En cas de retour ultérieur de certaines affections qui évoluent par poussées comme l'eczéma, il faudra reprendre le traitement, qui se montrera généralement aussi efficace vis-à-vis des récidives que vis-à-vis de la poussée initiale.

Les accidents et les incidents sont exceptionnels. Parfois l'on note une exacerbation du prurit au cours de la journée qui suit la piqûre. Parfois la résorption du liquide injecté provoque-t-elle une douleur fugace! Dans deux cas seulement, le promoteur de la méthode a noté chez deux malades, l'un diabétique grave et atteint d'anthrax multiples, l'autre vieil eczémateux et furonculaire et depuis longtemps à un

régime d'inanition, l'apparition d'un abcès bénin qui fut d'ailleurs aisément curable.

Les urines de ces deux patients, louches et opaques, constituaient une culture pure de colibacilles et il eut suffi d'un contact plus prolongé avec l'antiseptique, pour éviter une complication qui depuis, à la faveur de pareille précaution, ne s'est pas reproduite.

INDICATIONS

L'auto-ouro-thérapie a été tentée dans un certain nombre de dermatoses appartenant à divers groupes. Cette méthode a été étendue par les médecins de Franche-Comté au rhume des foins.

Les résultats les plus encourageants, furent obtenus chez des sujets qui présentaient un eczéma très étendu, s'accompagnant d'un œdème considérable du corps muqueux de Malpighi.

Ces formes exoséreuses, évoluent sur des terrains particuliers. Bien souvent, nous avons eu affaire à des individus âgés, azotémiques ou diabétiques, ou à des cholecystiques, des appendiculaires, des brûlés. Dans ces conditions, l'auto-intoxication était évidente, et nous avons pu observer après une seule injection d'urine, l'affaissement et l'assèchement de larges plaques érythémateux et suintants.

Chez plusieurs de nos malades, le prurit était extrê-

mement aigu, prédominant la nuit, survenant par crises, interdisant tout repos. A la suite d'une seule injection ce symptôme disparut complètement et le patient retrouva le sommeil.

Ces constatations, nous ont amené à penser que les substances contenues dans l'urine avaient une action élective sur le système nerveux végétatif. En effet, le prurit n'est pas dû aux nerfs sensitifs usuels, mais au système nerveux sympathique; de même, l'apparition de la congestion, de la spongieuse de la vésicule eczématisée est commandée par les filets sympathiques. M. Golay, dans un travail publié en 1922, a tenté d'établir quel était le rôle du système sympathique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses.

Il distingue trois catégories :

Dans la première, entrent les affections telles que le prurigo, la lichénification, l'eczématisation, qui sont dues à un dysfonctionnement du sympathique qui provoque le prurit et secondairement le grattage et les lésions cutanées.

L'auteur place dans la deuxième catégorie, les manifestations cutanées, sous la dépendance directe d'un trouble fonctionnel sympathique; ce sont : les érythèmes, les érythrodermies, l'eczéma, les purpuras, le pemphigus, le psoriasis.

La troisième enfin comprend : la sclerodermie, l'ichtyose, la pigmentation etc... lésions qui sont sous la dépendance d'un trouble fonctionnel, à la fois sympathique et endocrinien.

Si l'hypothèse que nous avons faite précédemment est exacte, l'auto-ouvro-thérapie serait indiquée dans toutes les dermatoses que nous venons d'énumérer. Nous ne croyons pas qu'elle puisse donner des résultats dans tous ces cas. L'expérience nous a montré que cette méthode était particulièrement efficace, dans les dermatoses s'accompagnant de « fluxions cutanées », eczéma suintant, urticaire, etc.; fluxions qui sont, comme nous le montrerons, sous la dépendance du système nerveux para-sympathique. M. Sabouraud a tracé du seborrhéique et du péladique, des tableaux qui ont été rapprochés très justement par M. Jausion de ceux du vagotonique et du sympathicotonique, tracés par Eppuinger et Hess en 1910 (constitutions dermopathique de Jausion, Gauch et Goldberg).

Ces tableaux ne sont pas exactement superposables, mais il est certain que les seborrhéiques sont souvent des vagotoniques. Ces sujets à peau grasse, accusent des troubles du métabolisme hydrique qui se traduisent par une transpiration abondante, une élimination rénale restreinte, bien que le rein ne soit pas touché. L'eczéma, quand il survient chez eux, traduit ce retard à l'élimination de l'eau et alterne avec des poussées d'urticaire, des crises d'asthme, de l'œdème de Quincke.

Le péladique au contraire, est très souvent un sympathicotonique; alors que le séborrhéique avait une peau riche en poils, humide, hypersécrétante, ouverte

à toutes les infections, le peladique a une peau glabre, sèche et fermée. En plus de la pelade, le vitiligo et le psoriasis sont les affections dermatologiques les plus fréquentes chez lui.

Nous voyons que, suivant la note prédominante, parasympathique ou sympathique, les sujets présenteront certains types de dermatoses. En réalité il y a très souvent intrication des caractères et des lésions; on peut voir chez ce même individu alopecie séborrhéique et pelade.

Les manifestations cutanées traduisent donc un déséquilibre vago-sympathique et dans certains cas, en particulier dans la pelade et le vitiligo, il s'y surajoute, comme l'ont montré MM. Lévy-Franckel et Juster, un trouble endocrinien.

MM. Milian et Ravaut, considèrent, qu'en présence de ces troubles vago-sympathiques, il faut songer à l'hérédo-syphilis et à l'hérédo-tuberculose et rechercher minutieusement ces tares dans les antécédents des malades.

Pour M. Milian, le système vaso-moteur chez ces sujets est altéré par ces infections chroniques. Les lésions restent latentes jusqu'au jour, où, à l'occasion d'une infection quelconque, cette altération se manifeste par une poussée d'eczéma, de prurigo, ou d'asthme.

Cette lésion latente, constitue une prédisposition que M. Milian ne juge pas nécessaire d'appeler sensibilisation.

M. Jausion pense que : « cette sensibilisation est définie dans quelques cas simples par l'intolérance à un antigène déjà éprouvé, par une allergie. Elle dépend essentiellement, pour chaque malade, d'un système nerveux végétatif capable d'entrer en résonance avec un nombre chaque jour plus grand d'excitants spécifiques ».

Que le système neuro végétatif soit altéré par une affection héréditaire qui crée une prédisposition, ou que cette altération soit acquise et qu'elle prenne le nom de sensibilisation, il n'en est pas moins vrai que le fonctionnement de ce système est troublé. Les résultats obtenus avec l'auto-ouro-thérapie dans les manifestations cutanées où les perturbations du système vago-sympathique sont en cause, prouvent une action certaine des substances contenues dans l'urine sur le tonus de ce système.

En résumé :

L'auto-ouro-thérapie serait particulièrement indiquée dans les eczémas fortement exoséreux.

Elle serait à peu près sans action sur les dermatoses telles que le psoriasis, le vitiligo et toutes maladies affectant la classe des sympathicotoniques.

Elle donnerait par contre des résultats intéressants chez tous patients à dominante vagotonique atteints à quelque degré des maladies dites de sensibilisation.

LES MALADIES DE SENSIBILISATION

Nous allons rappeler rapidement, ce que l'on entend actuellement par ce terme de « maladie de sensibilisation ».

Nous n'insisterons pas sur la découverte de l'allergie par Von Pirquet ni sur celle de l'anaphylaxie par Ch. Richet, ni sur le phénomène d'Arthus, qui sont des faits bien connus, pas plus que sur la doctrine de Widal en matière de choc hémoclasique et de colloïdoclasie et sur les publications d'Achard, Abrami, Joltrain, de Gennes, travaux également présents à la mémoire de tous.

Nous voudrions nous étendre davantage sur les notions plus récentes, celles apportées par MM. Ravaut et Spillmann au Congrès de Dermato-Vénérologie de 1923, dans leurs rapports sur « la sensibilisation et la désensibilisation dans les affections cutanées ». Plus récemment encore, MM. Darier, Jadahsson, Bruno Bloch, Oppenheim, Ravaut, Milian, Sabouraud, Jausion, Pecker et Sohier au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de Copenhague en 1930 ont apporté au sujet de « l'étiologie et la pathogénie de l'eczéma » des conceptions nouvelles.

En 1923, M. Ravaut définissait ainsi la sensibilisation : « L'individu sensibilisé est celui dont l'organisme a acquis, sous l'influence répétée d'un antigène, la propriété de réagir constamment à des doses

qu'il supportait bien autrefois, et qui, dans les mêmes conditions laissent insensibles des individus normaux. »

M. Ravaut dit, au Congrès de Copenhague, dans son rapport sur l'étiologie et la pathogénie de l'eczéma que cette maladie de sensibilisation résulte : « d'un conflit au niveau de l'épiderme entre une substance souvent banale et un terrain spécial grâce auquel elle devient nocive. Si nous appelons antigène le corps vulnérant, si nous désignons par le terme sensibilisine la substance circulant dans nos humeurs, imprégnant notre épiderme, donnant au terrain cette qualité spéciale de se combiner avec l'antigène nous arriverons à la formule suivante :

antigène + sensibilisine = clasogénine.

Par clasogénine, nous désignons la nouvelle substance issue de la combinaison des deux premières qui, agissant sur les cellules épidermiques va engendrer l'eczéma ».

Le rapporteur étudie ensuite l'antigène, puis la sensibilisine et à propos de cette substance, il ajoute : « cette sensibilisine circulant dans le sang, imprégnant nos tissus, peut, chez le même individu se trouver en grande abondance à certains moments (phase d'allergie), dans d'autres, elle peut disparaître momentanément ou définitivement (phase d'anergie). Cette anergie peut souvent n'être que temporaire et à notre avis l'on n'a pas suffisamment tenu compte de ce fait sus-

ceptible d'entraîner des causes d'erreur dans l'étude expérimentale des phénomènes de sensibilisation.

Chez certains individus, la sensibilité se révèle d'emblée, dès le premier contact avec l'antigène, stimulant sa formation chez ces malades prédisposés (sensibilisation).

Puis l'auteur définit la clasogénine qui se forme lors de la rencontre de l'antigène avec la sensibilisine : « Cette rencontre, écrit-il, peut se faire dans le système circulatoire en suscitant des phénomènes de choc que nous connaissons bien, avec retentissement sur divers appareils, surtout sur le système nerveux ».

Les clasogénines ne sont pas toutes semblables, elles dépendent de la nature de l'antigène et de la nature du terrain, ces divers types de clasogénines engendreraient les symptômes des maladies dites « de sensibilisation ».

M. Darier, dans son « Précis de Dermatologie », remarque qu'une foule de produits sont susceptibles de susciter une réaction d'intolérance; il appelle antigènes ou allergines, les agents capables de provoquer un tel phénomène. Dans les tissus et dans les humeurs des individus, existeraient des « réagines », substances de nature indéterminée, qui caractériseraient le terrain; toute réaction résulterait du conflit allergine-réagine.

Dans un travail fait avec Flandin, M. Darier distingue la sensibilisation de l'anaphylaxine et de la sensibilité. Les auteurs considèrent :

1° L'anaphylaxine proprement dite : « avec pénétration préalable et préparante par un antigène, puis pénétration déchainante du même antigène ou d'une substance de même ordre ».

2° La sensibilisation; dans ce cas, les conditions de l'anaphylaxie ne sont pas complètement réalisées, le sujet résiste longtemps à l'antigène, à la substance nocive, jusqu'au jour où se produit une dermite d'intolérance. L'exemple le plus frappant est celui des blanchisseuses qui, vers 50 ou 60 ans, ont une dermite provoquée par la soude ou l'eau de Javel, alors qu'elles manipulaient ces substances depuis 20 ou 30 ans sans avoir jamais présenté d'intolérance.

3° La sensibilité est un état particulier, qui fait qu'un individu supporte beaucoup plus mal que la plupart des autres, le contact, l'ingestion ou l'inhalation d'une substance déterminée. A cela, nulle raison antérieure, aucun fait qui puisse expliquer un tel état.

Raspiller, dans sa thèse, distingue deux classes parmi les sujets hypersensibles : « Ceux qui l'ont toujours été et ceux qui le sont devenus ». Pour les premiers, l'auteur adopte les termes « d'idiosyncrasie » et de diathèse colloïdoclasique. Quant aux seconds, ceux qui ont subi la sensibilisation, « nous estimons, dit-il, qu'on ne peut pour le moment envisager ces derniers que par l'anaphylaxie ».

Le choc anaphylactique a été étudié expérimentalement par MM. Garrelon, Santenoise et Tinel; ces

auteurs ont montré que l'on retrouvait « avec une constance remarquable ce même état d'hypervagotonie dans les chocs seriques, peptoniques, colloïdaux ». C'est au contraire, ajoutent-ils plus loin, par la provocation d'un état d'hypovagotonie ou de sympathicotonie passagère que se caractérisent les états d'insensibilité anaphylactique et que paraissent agir les différents procédés d'anti-anaphylaxie ».

MM. Tinel et Santenaise dans le « Journal médical français » de mars 1922 ont écrit : « Il nous semble qu'en réalité, on peut aller beaucoup plus loin, et affirmer que presque toutes les manifestations par lesquelles s'exprime le choc sont d'ordre sympathique.

La participation du système vago-sympathique au phénomène de l'anaphylaxie et de la sensibilisation ne nous paraît donc pas contestable.

M. Jausion, dans un travail en collaboration avec Cot et Sohier sur « le traitement des eczémas maladies de sensibilisation », a donné de ce phénomène une définition que nous citerons intégralement :

« A notre sens, tous les eczémas témoignent d'une susceptibilité tégumentaire, élective au début, souvent générale au terme de l'existence, vis-à-vis d'une ou de plusieurs substances étrangères à l'organisme et réputées antigènes. La marque clinique de ces réactions est une véritable fluxion cutanée; la signature en est la vésicule villanique, la constante histopathologique l'exosérose. Il y a tout lieu de supposer que le système neuro-végétatif préside à la projection

et à la distribution de ces troubles des échanges hydriques que Jean Meyer dénonce comme la seule caractéristique essentielle des eczémateux. Il n'est pas de propriétés intrinsèques qui permettent de définir les antigènes; ils ne sont que les détecteurs de la constitution morbide. Nous sommes toutefois en droit de dire que, partie de ces substances nocives parce qu'étrangères et momentanément incapables d'engendrer l'accoutumance, vient de l'extérieur, partie de l'intérieur. Divers modes de l'énergie, dont le rayonnement lumineux, susceptibles de provoquer l'intolérance et partant l'eczéma ne doivent agir qu'en suscitant l'apparition au sein de nos tissus de complexes matériels temporairement hostiles. »

M. Darier qui a résumé les différents rapports des médecins français et étrangers au Congrès de Copenhague, remarque que presque tous les auteurs sont d'accord pour considérer l'eczéma comme allergique... « B. Bloch considère comme allergique tous les eczémas dont l'agent pathogène est connu ».

« On doit avouer, dit M. Darier, que l'idiosyncrasie reste le point faible de la doctrine purement allergique de l'eczéma ».

Pour M. Darier, certains eczémas sont d'ordre toxique, d'autres sont dus à l'intolérance et l'auteur s'attache à distinguer ces deux termes. L'allergie serait un des mécanismes par lesquels peut se manifester l'intolérance.

En prenant l'eczéma comme exemple de maladie

dite de sensibilisation, nous sommes contraints d'enregistrer les divergences des auteurs. Certains voient dans la maladie le résultat d'une action antigène-anticorps, d'autres, d'une altération du système nerveux vaso-moteur, d'autres encore d'une participation humorale et nerveuse, la perturbation humorale retenant sur le système nerveux.

Il est délicat de prendre parti pour l'une de ces opinions; il est difficile d'envisager en effet l'idiosyncrasie, l'hypersensibilité comme un phénomène allergique, il est plus facile de l'expliquer en disant que certaines affections héréditaires chroniques, entraînent une altération du système nerveux vaso-moteur et des troubles cutanés consécutifs.

Pour guérir ces dermatoses, il faudra traiter les affections chroniques par un traitement approprié anti-syphilitique ou anti-tuberculeux. Quant à la lésion nerveuse, on la traitera soit en modifiant le tonus vago-sympathique, soit en évitant toute manifestation de cette lésion nerveuse latente.

On ébranle le vago-sympathique par le choc; tel est en gros le but de l'autohémothérapie. Dans le cas de l'auto-ourotérapie on ne peut envisager cette hypothèse. Nous examinerons plus complètement dans le dernier chapitre comment concevoir le mode d'action de la méthode. Mais nous pouvons sans difficultés pressentir qu'elle est applicable, non seulement à l'eczéma que nous avons ici considéré comme prototype des « anaphylactoses » au sens large du terme

mais encore à l'une ou l'autre des maladies de sensibilisation, procédant de tel ou tel des mécanismes invoqués. Ces maladies, ce sont d'ailleurs, comme l'a souligné M. Jausion, que nous citerons *in extenso*: « tous ces syndromes fluxionnaires qui alternent avec l'eczéma. La clinique montre que l'eczéma, réaction cutanée d'intolérance, n'est que le maillon d'une longue chaîne d'états morbides, de tous ceux qui sont le privilège de la diathèse exsudative de Czerny. L'eczéma catarrhe humide, représente en somme la fluxion de l'épiderme muqueux des vagotoniques, alias des arthritiques, au lieu que le psoriasis, catarrhe sec, a pour trouble essentiel le défaut de déshydratation de l'épiderme corné des sympathicotoniques. Cette opposition est sans doute un peu arbitraire et trop schématique. Mais elle contribue à l'intelligence du phénomène, demeuré longtemps mystérieux dans sa diversité.

Ce même retard du métabolisme hydrique, que traduit l'eczéma, sous le prétexte allergique, se retrouve dans les autres maladies de sensibilisation qui alternent avec lui. Strophulus, prurigo, urticaire, œdème de Quincke lui font cortège dans nombre de syndromes, dont le prurigo de Besnier. Il existe des eczémas-asthme et des eczémas-migraine, tout comme des prurigos-asthme. Et si l'on veut observer plus avant toutes associations morbides de ces troubles, dus à l'hypertonie vagale, l'on devra relever encore chez les eczémateux ces équivalents de l'asthme que sont le

coryza spasmodique, la toux coqueluchoïde, la salve d'éternuments et de bâillements post-prandiaux. Rappelons enfin qu'une éosinophilie passagère signe la plupart de ces fluxions, plus paroxystiques que l'eczéma, qui, lui témoigne invariablement d'un fond de chronicité, sur lequel se détachent des poussées aiguës. »

Tous ces syndromes fluxionnaires sont le cas échéant, passibles de l'auto-ouro-thérapie.

RESULTATS

Jusqu'à maintenant le professeur agrégé Jausion a traité par sa méthode 147 malades atteints de lésions pour la plupart dermatologiques. 1.176 injections ont été ainsi pratiquées.

En aucun cas, le résultat thérapeutique ne fut insignifiant. Chez 111 patients, la guérison plus ou moins stable fut obtenue. 26 sujets très améliorés après auto-ouïro-thérapie ont été depuis traités par d'autres procédés destinés à parfaire ou à consolider leur cure.

10 sujets n'ont pas éprouvé très grand bénéfice du procédé. Il s'agissait pour la plupart de porteurs d'eczémas secs, ou fortement parakératosiques.

A cette expérience, il conviendrait d'ajouter celle des médecins de Franche-Comté.



OBSERVATIONS

Obs. I. — Rhume des foins.

Publiée par MM. Marcel Tronchon et Georges Martinaud dans la Revue Médicale de Franche-Comté du 15 décembre 1930.

Dans le numéro d'octobre 1922 de la « Revue Médicale » de Franche-Comté, le docteur Tronchon, atteint depuis seize ans du rhume des foins et obligé de quitter la campagne où il exerçait, pour venir à Besançon, a publié sa propre observation. L'auteur a parfaitement analysé tous les signes subjectifs et objectifs de l'affection en question, et a insisté avec juste raison sur le fait qu'en période d'accès, le malade est extrêmement sensible aux doses les plus modérées de médicaments même anodins.

Notre confrère, dans son auto-observation de 1922, venait d'être traité par l'auto-hémothérapie que le regretté Vidal lui avait conseillée et en avait retiré quelques légères améliorations.

Cette faible acalmie fut de courte durée, et de nouvelles crises se renouvelèrent les années suivantes.

En 1926, dix injections intra-dermiques consécutives de peptone des laboratoires Bruneau, n'ont donné d'autres résultats que de très douloureuses réactions locales, voire même une syncope.

En 1927, 1928, 1929 les mêmes phénomènes pé-

nibles se sont produits de mai à octobre, déclenchés par le moindre séjour à la campagne, et le malade a renoncé à toute désensibilisation, ayant l'impression que tout avait été tenté.

Cette année une désensibilisation par l'auto-ourothérapie est instituée.

Ce procédé se recommande, on ne saurait trop insister, par son absence de toute réaction, de tout accident et de tout danger.

C'est le 26 mai, cette année, que dans l'observation que nous vous présentons, débutent les crises de rhume des foins; accès se poursuivant, bien entendu, les jours suivants; parfois si importants qu'ils suffisent à priver le malade de toute occupation possible.

En pleine période d'asthme nasal, le 2 juin, 40 centimètres cubes d'urine sont recueillis dans un ballon stérile, portés à 120° pendant 20 minutes, puis répartis en ampoules de 2 à 5 centimètres cubes.

Il fut décidé que l'on serait particulièrement prudent et qu'au lieu de commencer avec les doses de 1/2 ou 1 centimètre cube on débiterait par 1/4 de cc.

4 juin, injection hypodermique de 1/4 de cent. cube					
6	—	—	—	1/2	— —
8	—	—	—	1	— —
10	—	—	—	1	— —
12	—	—	—	1	— — 1/2
14	—	—	—	2	— —
18	—	—	—	5	— —
23	—	—	—	5	— —
1 ^{er} juillet	—	—	—	5	— —

Aucune réaction locale, aucune fatigue générale, bref aucun accident à signaler.

Les accès n'ont été influencés que par les doses de 5 centimètres cubes; en effet, le 19 juin, il y eut encore une vingtaine d'éternuments, mais ce fut la dernière fois. alors que toutes les années précédentes, les crises, violentes, se poursuivaient jusqu'en octobre.

Depuis, ni conjonctivite, ni éternuments, malgré de fréquentes promenades en pleins champs, des contacts répétés et prolongés avec du foin fraîchement coupé, etc., ce qui était absolument impossible les autres années.

Obs. II. — Prurit essentiel.

Observation publiée par le médecin-capitaine Georges Martinaud dans la Revue Médicale de Franche-Comté du 15 juillet 1930.

W... Gabriel, sapeur au 1^{er} Génie, est hospitalisé le 2 février 1930 dans notre Service avec le diagnostic de « gale ».

Il est porteur sur toute la surface du tronc, sur les épaules et sur les cuisses d'excoriations linéaires allongées, dénonçant l'action des ongles. Les lésions recouvertes d'une croûte sanguine ou de sérosité sèche, occupent des saillies folliculaires. Les localisations essentielles de la gale manquent. Les mains, les espaces interdigitaux, les poignets, la face postérieure des coudes, la paroi antérieure de l'aisselle et le fourreau de la verge sont absolument indemnes, enfin ce ne sont pas

des sillons que nous avons à examiner, mais des excoriations.

A l'interrogatoire, le malade se plaint de démangeaisons extrêmement pénibles, douloureuses, progressivement intenses, d'une durée de 20 minutes environ, localisées surtout au niveau du tronc, des cuisses, des épaules et des bras et se produisant tous les soirs vers 20 heures.

Le début de cette affection remonterait à son arrivée au régiment.

Ayant tenu à assister à une de ses crises, voici ce que nous constatons :

A peine couché, notre malade se frotte d'abord avec prudence et douceur, n'employant pour cela que la pulpe de ses doigts, car il voudrait bien pouvoir ne pas se gratter.

Puis, progressivement, on le voit se servir de ses ongles, se lever, s'asseoir sur son lit et alors se gratter furieusement.

A cet instant, il ne pense plus à rien et ne répond plus aux questions qui lui sont posées. Il se griffe littéralement, avec une extrême vigueur et une étonnante rapidité. Angoissé, absorbé, par son prurit, il se mutilé, se pince et se torture, ne s'arrêtant que lorsque cette véritable névrodermie est terminée.

Alors, fatigué, exténué, n'en pouvant plus et comme vaincu par un formidable effort, il se couche puis s'endort.

Il ne ressent rien dans la journée, si ce n'est la douleur provoquée par les excoriations ou lésions de grattage, ce qui est pour lui bien peu, à côté de ce qu'il supporte pendant la crise de prurit.

Par la suite, à l'examen, nous nous apercevons que ce prurit n'a aucune cause externe et que, sauf les lésions de grattage signalées plus haut, la peau est saine; qu'enfin le froid ou le chaud sont sans action favorisante.

Le régime alimentaire n'a aucune influence et aucune auto-intoxication ne peut-être accusée.

Une réaction de Hecht et un Wassermann sont négatifs. Un dosage d'urée dans le sang ainsi que dans l'urine est normal. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines où l'acide phosphorique est également en quantité normale et qui ne présentent rien de suspect.

L'examen du foie ne révèle rien et aucun ictère ne se trouve dans les antécédents.

Tous les organes sont normaux cliniquement et radiologiquement.

Notre malade accuse simplement une perte légère de poids depuis son arrivée dans l'armée et, détail de beaucoup le plus important à notre avis, est israélite.

Le diagnostic qui s'imposait alors était celui de prurit essentiel primitif, à forme diffuse, maladie à laquelle en Europe et surtout en Afrique, les israélites paient le plus lourd tribut, et dont le début avait été favorisé ou coïncidait avec les fatigues de la vie militaire.

Notre avis fut d'ailleurs confirmé par la formule leucocytaire qui, comme dans tous les cas de prurit essentiel que nous avons eu à étudier, nous révéla la présence très exagérée de grands mononucléaires.

Polynucléaires neutrophiles 68 0/0

Polynucléaires eosinophiles 1 0/0

Lymphocytes 14 0/0

Grands mononucléaires 17 0/0 au lieu de 2 à 3 0/0

Cette formule, croyons-nous, est intéressante à retenir, car nous l'avons toujours sensiblement retrouvée dans les différents cas de prurit essentiel que nous avons vus, alors que cette exagération de grands mononucléaires manque dans les prurits de causes occasionnelles ou toxiques.

Enfin, il y avait bien le signe de la papule folliculaire excoriée de Darier recouverte d'une croutelle sanguine ou séreuse, très différente à l'aspect de la papule de prurigo et due à ce que dès les premières irritations, les follicules congestionnés et soulevés par un spasme de leurs muscles érecteurs émergent du niveau général et sont particulièrement atteints par le grattage.

Après un échec de l'autohémothérapie qui a été sans action, nous avons traité ce malade par le procédé que notre distingué maître et ami le professeur Jausion, Agrégé du Val-de-Grâce vient de faire connaître et de mettre au point: c'est-à-dire l'auto-ouro-thérapie.

L'auto-ouro-thérapie consiste simplement à désensibiliser un malade par des injections hypodermiques de l'urine qu'il émet. On recueille dans un ballon stérilisé l'urine du patient, de préférence le matin, à la première miction, après avoir fait une toilette sommaire du gland avec un peu d'éther ou d'eau savonneuse. Il est inutile d'employer une sonde.

L'urine est ensuite traitée par le phénosalyl à raison de 1 à 2 gouttes par 5 centimètres cubes ou bien, et c'est ce dernier procédé que nous employons, elle est stérilisée 20 minutes à 120°.

L'urine après sa stérilisation est placée en ampoules stérilisées de 2 à 5 centimètres cubes, que l'on ferme à

la chaleur, puis est injectée dans le derme, au niveau de la cuisse, successivement tous les deux jours, à raison de 1/2, 1, 1 1/2 et 2 centimètres cubes, puis tous les quatre ou cinq jours à raison de 5 centimètres cubes.

Nous reviendrons ultérieurement d'ailleurs, sur ce procédé de désensibilisation qui nous a donné d'excellents résultats dans les eczémas, surtout solaires, dans les eczématides, dans l'urticaire, la dysidrose et dans un cas de psoriasis et nous serions heureux que, pendant les vacances, nos confrères veuillent bien l'expérimenter et nous tenir au courant de leurs résultats.

Cette méthode, jusqu'ici n'a donné lieu à aucun incident ni accident et semble bien représenter aucun danger.

Notre malade W..., à la 4^e injection de son urine, c'est-à-dire après avoir reçu en tout 5 centimètres cubes, était très amélioré, et à la 8^e injection, donc après un total de 25 centimètres cubes d'urine, était entièrement guéri. Il a quitté notre Service le 4 avril 1930.

Obs. III. — Prurigo.

Mlle Yvonne B..., 37 ans (*Observation due à l'obligeance du Dr...*

Cette femme atteinte d'un prurigo depuis dix ans vient consulter le 2 avril 1931.

Dans ses antécédents, chorée à l'âge de 12 ans. Deux grossesses normales, deux fausses-couches.

En 1921, la malade présente des papules de prurigo disséminées sur tout le corps, seuls le visage et le thorax sont respectés. Hospitalisée à St-Louis, elle y reçoit

des injections de son propre sang, qui n'amènent aucune amélioration. Pendant son séjour à l'hôpital cette femme présente une poussée de furonculose.

L'application de diverses pommades n'amène aucune amélioration; le prurit est toujours aussi violent, les papules aussi nombreuses.

La malade sort de St-Louis dans l'état où elle était entrée six semaines auparavant. Rentrée chez elle, elle se traite tant bien que mal, suit un régime alimentaire, les lésions diminuent un peu, mais ne disparaissent jamais complètement.

En avril 1931, nouvelle poussée de prurigo s'étendant au dos des mains, à la face externe des avant-bras et des bras, aux cuisses, aux seins. Les éléments sont beaucoup plus rare sur la face, le thorax, l'abdomen. C'est à cette époque que nous l'examinons.

Le prurit est intense, et le sommeil impossible. Le tégument des régions indiquées est parsemé de papules très surélevées, alternant avec des lésions de grattage.

L'examen des différents appareils ne révèle rien d'anormal, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, ni pigments biliaires. La formule sanguine est normale.

Le 4 mai, la patiente reçoit la première piqûre d'autoouro-thérapie; après cette injection le prurit cesse et la malade peut se reposer la nuit.

Le 7, 10 et 14 mai, nouvelles injections. La malade sort de l'hôpital le 15 mai, elle ne présente plus que quelques cicatrices de papules affaissées et desséchées et le prurit a complètement disparu.

Obs. IV. — Eczéma aiguë, consécutif à une brûlure.

Publiée le 14 février 1929 à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Mme P..., âgée de 49 ans, mère de l'un d'entre nous, vient consulter le 5 janvier 1929 pour une plaie infectée de la face dorsale du poignet et de l'avant-bras droit, accident consécutif à une brûlure étendue, remontant au 27 décembre 1928 et causée par du lait bouillant. La lésion large comme deux paumes de main, montre, bien que superficielle, une base infiltrée et une congestion intense de ses bords. L'ulcération qui donne issue à une suppuration abondante est constellée sur son pourtour de pustulettes d'un petigo de Bockhardt. La malade accuse un état général déficient.

Rien dans les antécédents du sujet ne mérite mention. Le pansement initial fut effectué au tulle gras Lumière. En présence de symptômes inflammatoires il fut ensuite appliqué de la pommade de Reclus. Notre premier traitement se borne à la pose de compresses imbibées d'alcool à 95°.

Deux jours après la consultation apparaît un eczéma généralisé à tout le tégument qui se couvre de larges placards érythémateux presque confluent et perlés de vésiculettes suintantes très prurigineuses. La face est le siège d'un œdème congestif qui provoque l'occlusion des paupières plus particulièrement infiltrées. La température du matin est de 38°3.

Ce même jour nous injectons dans l'hypoderme de la cuisse droite 1/2 cm³ d'urine fraîchement émise et formolée dans la proportion de 1 goutte pour 5 centimètres cubes.

Le 9 janvier, c'est-à-dire 48 heures après, la plaie de l'avant-bras droit est notablement améliorée, la congestion est moins intense. Il ne persiste plus que quelques pustulettes péri-pilaires en marge de l'ulcération.

L'eczéma généralisé n'est par contre pas influencé. Nous faisons alors une nouvelle injection de 1 centimètre cube d'urine et dès le lendemain s'efface l'éruption. Les vésicules sèchent; l'infiltration et la congestion tombent. Seul persiste le prurit. La plaie initiale est en excellente voie de cicatrisation.

Le 11 janvier nous pratiquons une dernière hypodermique de 1 cc. 5 d'urine. Deux jours après, la guérison est presque complète. La face a repris son aspect normal. Le prurit a disparu. Les vésicules s'exfolient sans laisser de pruits. L'état général est excellent. A l'avant-bras droit ne se voit plus qu'un épiderme de remplacement, légèrement érythémateux. Toute trace de suppuration en est bannie.

La patiente dit avoir éprouvé dans l'heure qui suivait chaque intervention une sensation de mieux être, franchement caractérisée. Cette perception décroissait d'une séance à l'autre, pour aboutir en fin de cure à une euphorie qui persiste encore à ce jour.

La guérison est complète et stable depuis le 15 janvier dernier.

Obs. V. — Eczéma aigu fortement exoséreux.

Mme D..., 54 ans.

Cette femme âgée de 54 ans, vient consulter au mois de février 1931, pour un eczéma localisé aux mains et aux avant-bras.

En dehors d'une légère poussée d'eczéma en 1912, qui a duré un mois et qui siégeait aux deux mains, cette femme n'a jamais été malade et l'interrogatoire ne révèle aucune tare héréditaire.

Nous apprenons par contre, que sa sœur, sa fille, et deux de ses petits-enfants, ont été atteint d'eczéma.

En 1930, début de la poussée actuelle, les lésions siégeaient au pouce droit, elles ont persisté jusqu'en décembre 1930.

Au début de janvier, nouvelle poussée qui envahit les deux mains et les membres supérieurs jusqu'au milieu du bras. Au moment où nous examinons la malade, elle présente un eczéma suintant des mains et des avant-bras. Le tégument, très infiltré est fortement distendu. L'exosérose est telle, que lors de chaque pansement, il se fait une petite plaque de sérosité, au-dessous de chacune des mains laissées pendantes.

La malade a reçu sept injections de sa propre urine, suivant la technique indiquée.

La première injection amène une régression considérable, et provoque le retour du sommeil.

A la septième injection la malade est complètement guérie.

Nous l'avons revue le 2 octobre 1931 en excellent état.

Obs. VI. — Eczéma solaire.

M. D..., âgé de 51 ans, comptable, est issu de parents sains et n'a pour tout antécédent pathologique qu'une rectite hémorroïdaire, ayant nécessité l'hémorroïdectomie à 28 ans.

La dermatose qui le conduit à nous, a débuté il y a huit ans au mois de juillet, qui fut cette année-là particulièrement actinique et, après les journées les plus lumineuses de ce début d'été. Au lendemain d'une exposition prolongée au soleil, tête couverte, le patient éprouva de vives démangeaisons dans les sillons retro-auriculaires et sur le dos des mains. Une éruption papulo-vésiculeuse, rapidement suintante, succéda au lieu et place du prurit. Le diagnostic d'eczéma fut posé par un dermatologue qui prescrivit des applications de Baume Baissade. En 15 jours, les lésions regressèrent et il ne persiste plus que quelques papulo-vésicules disséminées du dos des mains.

Pour minimes, ces éléments n'en furent pas moins le point de départ de poussées annuelles, estivales, survenant toujours en juin ou juillet. A chaque poussée, la face dorsale des mains réagissait toute entière, et cette réaction fut, il y a 22 ans, plus sérieuse qu'à l'ordinaire.

L'été dernier, en fin juin 1930, après une exposition prolongée au soleil, le sujet constate de nouveaux placards, aussi suintants que prurigineux, sur les régions ordinairement réactives. A la fin d'octobre, devant la persistance des lésions, le malade recourut une fois de plus aux topiques. Un premier demeura inefficace. Il appliqua alors du Baume Baissade. Après quinze jours de traitement les lésions se généralisèrent à tout le tégument et cette brusque explosion nous valut d'examiner le sujet.

Il se présente le 15 novembre couvert d'éléments éruptifs de deux ordres différents. Au visage, au cou, aux mains et aux poignets des placards d'eczéma aigu

typique confluent en de larges nappes suintantes. Ce sont les lésions d'origine, exacerbées par un traitement intempestif.

Sur le tronc et les membres se voit une éruption secondaire, papulo-vésiculeuse, d'un rouge lie de vin, d'apparence nettement purpurique par endroits et plus spécialement, au voisinage des plis de flexion.

Là où leur dispersion est la plus grande, quelques éléments se présentent au stade maculo-papuleux seulement. Par contre, aux lombes à l'épigastre, à l'hypogastre, les lésions se groupent en placards suintants, avec des puits eczématisés des plus nets.

Le tégument dans son ensemble est fortement prurigineux et le malade accuse de ce fait de vives souffrances, provoquant, dit-il, l'insomnie complète.

Le signe du lacet est négatif.

L'examen hématologique pratiqué huit jours après la poussée donne lieu aux constatations ci-après :

Globules rouges 5.200.000

Globules blancs 5.300

Pourcentage leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles 80

Polynucléaires éosinophiles 1

Lymphocytes 12

Monocytes 7

Temps de saignement : 2 minutes

Temps de coagulation : 6 minutes

Rétractilité du caillot très faible, au bout de 18 heures.

La numération des plaquettes n'est pas pratiquée, mais les étalements du sang ne montrent pas de thrombopénie.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Parfaitement limpides, elles donnent un anneau d'urobiline normal, tant avec l'acide nitrique à chaud, qu'avec l'acétate de zinc en solution alcoolique. L'hématoporphyrinurie ne peut être recherchée, faute de moyens suffisants. Cependant examinée en lumière de Wood, l'urine du patient apparaît un peu plus fluorescente que celle de 3 sujets normaux.

Le culot de centrifugation ne contient ni cylindres, ni hématies.

L'examen somatique général ne décèle aucune tare organique. Il ne montre ni néphrite, ni arthropathies, ni hémorragies.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Traitement:

Le malade a reçu dix injections échelonnées du 15 novembre au 20 décembre 1930. Dès la première séance, l'exosérose aiguë s'asséchait, en même temps que disparaissait l'aspect purpurique de l'éruption. Partout les cicatrices encore érythémateuses témoignent de la gravité de la poussée ainsi conjurée.

Obs. VII. — Erythème polymorphe et eczéma solaire.

L'adjudent-chef C. P. W..., âgé de 44 ans est armurier dans un parc d'artillerie. Il nous est envoyé par son médecin le 1^{er} avril dernier, pour une dermatose en rapport avec le soleil.

Le passé pathologique du sujet n'est pas indemne. Point d'antécédents héréditaires; mais un épisode pulmonaire remontant à 1916 et qualifié de bacillose, avec bacilloscopie douteuse. Une réformé temporaire avec

invalidité de 10 0/0 a été d'abord prononcée; puis, après révision, la pension a été supprimée et le militaire rendu à son service. L'examen clinique du poumon n'autorise aujourd'hui aucun diagnostic rétrospectif, car il est parfaitement négatif.

Les accidents actuels siègent évidemment sur les parties découvertes; mais ils n'ont pas été les seuls du genre, et, déjà, en octobre 1930, après un lavage au benzol, est apparue une éruption érythémato-maculeuse de la face dorsale des deux mains. Pareil antécédent nous oriente vers la dermite professionnelle. Or, notre enquête n'aboutit qu'à établir des faits contraires à cette hypothèse. Même après les imprégnations les plus exagérées par les huiles de graissage, les limailles, les essences minérales employées pour décrasser, la peau du patient n'a jamais réagi.

Or, la veille de la première atteinte, notre armurier avait eu à souffrir des derniers soleils d'automne, froids et actiniques comme on sait.

Pareille circonstance, le soleil de printemps, se retrouve à l'origine de l'éruption qu'il nous soumet et qui date de cinq jours.

Les lésions que nous constatons ont eu en effet leur début, dès le lendemain d'une exposition au soleil, que le patient accuse très explicitement. 24 heures après, la dermite était à son comble. Elle est, dès maintenant, en décroissance légère.

A l'examen, seuls apparaissent touchés, mains, face et cou. Mais l'éruption n'a ni la même intensité, ni le même aspect suivant les régions.

La face est intéressée dans toute son étendue par une dermite papulo-vésiculeuse à petits éléments, tan-

gents, sinon confluents et fortement exoséreux. Cependant, nulle part la bouffissure n'est extrême et l'aspect n'est pas celui d'un érysipèle. L'uniformité lésionnelle est très marquée et il n'existe point, comme dans l'actinite banale, des zones plus vulnérées, telles que le dos du nez ou des régions malaires. Cependant, aux oreilles, le bord libre du pavillon est ourlé de vésicules, assez nettement séparées et plus ou moins hémorragiques.

Au cou, la nappe éruptive est un peu plus rouge; elle est particulièrement surélevée et infiltrée à la nuque, et, partout elle se limite à la ligne de projection du col.

Sur le dos des mains et des poignets, siège un érythème polymorphe papuleux présentant tous les caractères de l'érythème exsudatif multiforme de Von Hebra.

En présence de cet ensemble symptomatique, qu'accompagne un prurit très léger, nous posons le diagnostic d'eczéma de la face et du cou et d'érythème polymorphe des mains, toutes deux affections de provocation solaire.

L'éloignement du malade, que son travail très astreignant, maintient à St-Denis, nous prive de la possibilité de toute expérimentation systématique.

Nous pratiquons néanmoins les 4, 8 et 11 avril, trois séances d'auto-ouro-thérapie, selon la technique, précédemment exposée. Les phénomènes éruptifs subissent un recul très marqué, dès la première injection d'urine qui est de 1 centimètre cube. Après la deuxième intervention, l'on perçoit à grand peine les contours lésionnels, et la troisième intrafessière n'est faite que pour consolider les résultats acquis. Le sujet est normal depuis ce temps.

Obs. VIII. — Erythème polymorphe et eczéma solaire.

Victor B..., boucher, âgé de 60 ans, nous est amené, le 11 mai dernier, par son fils, qui vient d'effectuer dans notre Service une période de sous-officier réserviste.

L'on note, dans les antécédents du consultant, en 1893, une fracture, au tiers inférieur, des deux os de l'avant-bras gauche vicieusement consolidés, et quelques petits troubles cutanés sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

La dermatose actuelle, très intense sur les parties découvertes touche néanmoins le tégument couvert, où les éléments demeurent discrets et très espacés, sauf au tiers moyen de la face antérieure du bras gauche, au niveau de la cicatrice atropho-dermique d'un vésicatoire vieux de 50 ans.

Ces accidents ont eu leur début le 9 mai. Après une journée passée au soleil, avec pour seule protection du cuir chevelu, une casquette légère, un « jockey ». Le malade a éprouvé vers la mi-nuit une sensation de cuisson prurigineuse à la nuque. Puis, l'éruption s'est généralisée, pour revêtir les caractères que nous lui voyons.

Disons d'emblée qu'il s'agit, en gros, d'un eczéma suraigu, érysipéloïde, de la face en sa totalité, nuque et pavillons exceptés.

Là, par contre, comme sur tout le reste du tégument, les éléments sont ceux d'un érythème exsudatif typique, ils se groupent électivement, avec une concentration qui ne laisse aucun doute sur leur origine, au dos des mains

et des poignets, à la nuque, aux oreilles, et, enfin au bras gauche, à la zone cicatricielle déjà signalée, point de moindre résistance.

Si nous reprenons les caractères éruptifs, nous constatons, comme pour le premier patient, des particularités régionales.

La face de la partie antérieure du cou sont le siège d'une exosérose intense, et l'œdème en est tel, qu'il détermine sauf effort réactionnel du malade, la presque complète occlusion des paupières. Il n'y a cependant pas de bourrelet d'érysipèle.

A la nuque, l'hydroa est à ce point vésiculeux que les cocardes s'affrontent et s'entrecoupent. Sur les oreilles, l'aspect est, comme pour le précédent sujet, celui d'un hydroa-vacciniforme, et les vésicules, très tendues, que l'on y constate, montrent un contenu hémorragique.

Sur tout le corps, dos des mains, et cicatrice du vésicatoire mis à part se voient des maculo-papules discrètes et disséminées de façon lâche. Tout au contraire dans les régions que nous venons d'excepter, le groupement des lésions est dense et chacun des éléments est franchement exsudatif. Une vésicule nette en marque le centre, quelques contours sont polycycliques.

Pareille éclosion évoque immédiatement des poussées antérieures vraisemblables. Or une enquête minutieuse ne les confirme pas.

En 1882, survint une gale qui fut traitée à l'hôpital St-Louis.

En 1890, le malade aurait eu, pour la première fois des engelures, siégeant sur les deux hélix, là où se voient présentement les éléments éruptifs les plus vacciniformes.

Depuis cette époque, chaque hiver froid aurait marqué un regain de ces lésions.

Datant de trois mois enfin, un impetigo discret de l'oreille gauche aurait abouti, après quelques poussées plus actives, aux croûtes mélicériques que nous constatons actuellement sur l'anthélix et la conque.

L'examen général nous montre un sujet pléthorique et petit obèse (63 kilogs pour une taille de 1 m. 58). Il accuse d'ailleurs un léger éthylysme chronique.

L'exploration clinique décèle un foie sensiblement normal, encore que difficilement palpable du fait de l'adiposité de la paroi. Au cœur, le deuxième bruit est clangoreux à la pointe et dans l'aire mésocardiaque: une légère fuite diastolique est perceptible au niveau du deuxième espace intercostal droit. Ces signes d'aortite sont confirmés par une tension artérielle de 19 et 9 au sphygmotensiophone de Vaquez et Laubry, et par un diamètre de 4 cm. à l'orthodiagramme. Il n'existe toutefois pas de symptômes fonctionnels traduisant la souffrance du cœur gauche et de l'aorte. Il n'y a pas davantage dans les anamnestiques, trace de spécificité; mais la réaction de Bordet-Wassermann est positive.

L'analyse des urines faite à notre consultation, et dès le premier jour de la maladie (9 mai), révèle une glycosiure intense de 55 gr. 54 par litre et de 166 gr. 62 pour les 3 litres émis dans la journée.

Le 15 mai, après 2 auto-ouro-thérapies, la diurèse des 24 heures est encore de 3 litres, mais la glycosiure n'atteint plus que 89 gr. 16 par litre, soit 24 gr. 48 pour le nycthémère. La glycémie est au même moment de 19 gr. 875 par litre de sang.

Le 19 mai le volume total des urines est de 2.700 avec

15 gr. 40 de glucose et 23 gr. d'urée par litre. Pas plus que précédemment il n'existe d'élimination de pigments biliaires. Aucun changement n'a été, jusqu'à ce jour, apporté au régime du malade.

En l'interrogeant sur le début possible de son diabète, nous n'obtenons aucune précision. Il ignorait son affection, et, mise à part une polyphagie quelque peu marquée, ni polydipsie ni polyurie n'avaient éveillé son attention.

L'examen du sang apporte, lui, aucune précision.

Temps de saignement 2 minutes

Temps de coagulation 8 minutes

Rétraction du caillot totale en 8 heures

Nombre des globules rouges 4.200.000

Formule leucocytaire:

Polynucléaires neutrophiles 68 0/0

Polynucléaires éosinophiles 3 0/0

Lymphocytes 6 0/0

Moyens et grands monos 28 0/0

Les 11, 13, 15, 18 et 20 mai, le malade reçoit 5 injections de 1 à 5 cm³ d'urines, les lésions de la face sont très améliorées, accroissement des éléments des mains dû à un phénomène biotropique probablement.

La poursuite du traitement détermine un rapide retour à la normale, exception faite du contour purpurique des vésico-bulles flétries, qui apparaît maintenant plus net que jamais, et donne aux lésions régressives, avec leur centre livide et leur marge violâtre, l'aspect d'un « purpura annularis ». A la nuque, une impétiginisation tardive se traduit par des croûtes rupioïdes qu'il suffira de quelques injections de clazine streptococcique pour déterger complètement.

Obs. IX. — Erythème polymorphe à topographie solaire.

M. Charles S..., 38 ans, vient consulter le 1^{er} octobre 1931 pour une éruption d'érythème polymorphe, apparue deux jours auparavant et siégeant aux mains, aux poignets, à la nuque. La face est indemne.

Il y a eu, la veille de l'apparition de ces symptômes, une exposition prolongée à la lumière.

Il existe, en plus des éléments d'érythème polymorphe, très exsudatifs, à type hydroa, et pour certains ecchymotiques et même nettement purpurique, deux placards impétigineux, siégeant au coude gauche et à l'avant-bras droit, antérieurs, le premier de 4 semaines, le deuxième de 15 jours, à l'éruption des mains et de la nuque.

Antécédents.

Il y a dix ans, éruption en tous points semblable, de même topographie, survenue après avoir manipulé des mollusques pas frais.

Cet homme, marchand de poisson, a assez fréquemment des papules très prurigineuses des mains, quand il a vidé des maquereaux ou quand il manipule des sardines salées.

L'ingestion de poisson ne provoque pas de phénomènes d'intolérance. Une intradermo-réaction, faite avec une macération de pétoncles, coquillages incriminés, demeure négative.

Le 13 octobre le malade reçoit une première injection de ses urines.

Le 15 octobre, régression considérable; on ne fait pas d'autre injection.

Pansements alcoolisés sur les deux placards d'impetigo qui persistent, passé l'érythème polymorphe.



MODE D'ACTION

Nous avons déjà donné dans le chapitre précédent, un aperçu du mode d'action de l'auto-ouvro-thérapie. Nous ne pouvons pas envisager ici comme on l'a fait pour l'autohémothérapie, l'hypothèse d'une désensibilisation par un choc colloïdoclasique, il n'y a pas d'albumines hétérogènes en présence, resterait l'hypothèse peu probable d'une secousse thérapeutique élémentaire possible avec des cristalloïdes.

Nous avons supposé que chez les azotémiques, les cholestériques, les brûlés, les antigènes provenaient de la désassimilation des tissus. Ces substances passeraient dans le sang, seraient concentrées par le rein et éliminées par les urines, sous forme de molécules extrêmement dégradées. Ces antigènes réinjectés sous la peau, gagneraient les vaisseaux lymphatiques, les ganglions, le sang et détermineraient du fait de la répétition de ces injections une accoutumance du patient.

En somme, cette thérapeutique est voisine des méthodes homœopathiques, nous faisons de l'isothérapie et cette phrase, écrite par M. Léon Varinier à propos du traitement des tuberculiniques par la tuberculine

diluée, pourrait dans une certaine mesure illustrer le mécanisme de l'auto-ouïe-thérapie : « Au semblable, vous opposez le semblable; à la toxine morbide, la toxine thérapeutique, mais cette dernière doit être « diluée » de façon à ce que vous puissiez provoquer une sorte de courant osmotique de la cellule vers le milieu qui l'entoure, provoquant ainsi la sortie des toxines intra-cellulaires. »

Une autre hypothèse, fondée sur les travaux récents au professeur Karl Emil Frey, de Berlin, peut être soutenue.

Frey a découvert dans l'urine humaine, une nouvelle substance qui n'a pas pu être isolée, mais dont l'action a été vérifiée et dosée biologiquement; ce serait une sécrétion interne du pancréas différente de l'insuline.

Cette substance à grosse molécule, dialyse mal, son action est détruite par la chaleur, les acides et l'alcool, elle est chimiquement différente de l'histamine, de la choline, de l'acétylcholine; injectée à l'animal par la voie intraveineuse, elle détermine, une chute de la pression carotidienne, accompagnée d'une accélération de la circulation par suite de la dilatation des vaisseaux périphériques.

L'unité a été définie par la quantité de préparation qui, chez le chien, en injection intra-veineuse provoque une chute visible de la tension et une augmentation correspondante de l'amplitude.

L'homme élimine et 24 heures 300 unités de cet élément.

La découverte de cette nouvelle hormone pancréatique, nous permet de supposer qu'il existe peut-être dans l'urine, des hormones des autres glandes de l'économie. En injectant les urines sous la peau nous réalisons une opothérapie pluri-glandulaire. Cette hypothèse est d'ailleurs très défendable.

A.-C. Guillaume a remarqué que dans certains cas de dysfonctionnement endocrino sympathique d'origine hérédo-syphilitique, le traitement opothérapique réussit, là où le traitement anti-syphilitique a échoué. Ceci s'explique par le fait que la syphilis héritée, a déterminé des troubles organiques sans caractères spécifiques, qui ne sont pas influençables par le traitement.

Certaines dermatoses, nous l'avons dit, sont dues à un dysfonctionnement endocrino-sympathique d'origine syphilitique, l'auto-ourotérapie s'est montrée efficace dans certaines de ces affections. Doit-on considérer que ces succès sont dûs à une opothérapie? Il est difficile de se prononcer.

L'auto-ourotérapie a une action certaine sur le système vago sympathique, nous l'avons montré dans le chapitre précédent, mais nous ignorons par quel mécanisme les substances contenues dans les urines modifient le tonus de ce système. Nous ne croyons pas qu'il soit possible actuellement d'expliquer ce phénomène. Certains auteurs ont supposé que l'auto-hémothérapie modifiait le tonus vago-sympathique grâce à un phénomène de choc; cette hypothèse n'est pas ad-

mise de tous et le mécanisme de l'autohémothérapie demeure aussi mystérieux que celui de l'auto-ourotérapie.

Quelle que soit l'interprétation que l'on en puisse donner, l'auto-ourotérapie a des effets incontestables et frappants. Elle est une donnée de l'expérience, dont la théorie ne suffit pas momentanément à rendre compte.

CONCLUSIONS

1° L'auto-ourot-thérapie (méthode de Jausion et Paléologue), consiste en la réinjection au malade, d'urines fraîchement émises et suffisamment stérilisées, par l'addition extemporanée d'un antiseptique.

2° Cette méthode simple s'est montrée inoffensive.

3° Judicieusement appliquée, elle a donné d'excellents résultats, notamment dans les eczémas très exoséreux et de cause interne.

4° Ses indications paraissent être justement ce que l'on nommait autrefois les dermatoses autotoxiques et de façon plus générale, toutes maladies de sensibilisation dont l'antigène peut être soupçonné de provenance interne, tissulaire ou humorale.

5° Son mode d'action est encore incomplètement élucidé; il est donc difficile de lui assigner une place nette parmi les méthodes thérapeutiques.

6° Comme elle s'adresse particulièrement aux maladies de sensibilisation, nous pouvons momentanément la considérer comme une méthode de désensibilisation non spécifique.

<i>Vu : le Doyen</i>	<i>Vu : le Président</i>
BALTHAZARD	GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BLOCH (de Zurich). — A propos de la nature de l'eczéma. *Paris Médical*, 17 mars 1923, page 251.

BRILET. — L'autohémothérapie. *Gaz. des Hôp.*, 7 et 9 octob. 1924.

CASTAIGNE et PAILLARD. — L'autohémothérapie dans les affections cutanées. *Journ. méd. franç.*, 1913, page 306.

CHEINISSE. — Auto-sérothérapie et autohémothérapie dans les dermatoses. *Pr. Méd.*, 30 av. 1921, p. 345.

DANYSZ. — Traitement anti-anaphylactique de l'asthme, de certaines dermatoses et de troubles gastro-intestinaux. *Pr. Médicale*, 18 juill. 1918, page 367.

DARIER. — Précis de Dermatologie.

— Etiologie et pathogénie de l'eczéma. VIII^e Congrès de dermat. et syph. Copenhague, 1930.

DUMOLARD P. — Etude critique de l'autohémothérapie en dermatologie. Thèse de Lyon, 1923.

ELIASBERG et SCHIFF — L'auto-urino-réaction de Wildbolz chez les enfants tuberculeux. *Pr. Méd.*, 8 janvier 1921, page 29.

FABRE M. — Les réactions du système nerveux de la vie organo-végétative dans les dermatoses. Thèse de Montpellier, 1925.

FAUVET. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie en dermatologie et particulièrement dans la furonculose. Thèse de Paris, 1922.

FRANÇOIS-DAINVILLE. — Des troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques (eczémas et psoriasis). Thèse de Paris, 1905.

GOUGEROT. — Traitement de l'eczéma. *Bull. G. de thérapeutique*, janv. 1930.

— Dermatoses auto-anaphylactiques contributives à l'étude des auto-anaphylaxies. *J. Méd. Franç.*, mai 1930.

GASTON, PONTOISEAU et DUTREY. — L'autohémothérapie dans le traitement des dermatoses; contribution à l'étude de l'opothérapie sanguine. Soc. de médecine de Paris, 24 juin 1922.

GOLAY. — Sur le rôle du système sympathique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses. (*Ann. de Dermato.*, août et nov. 1922).

GUILLAUME A.-C. — Vagotonies, sympathicotones, neurotonies. Masson, 1928.

- JAUSION et PALÉOLOGUE. — Une nouvelle méthode de désensibilisation. L'auto-ouero-thérapie dans la cure de l'eczéma. *Bull. Soc. Franç. de Derm. Syph.*, 2 fév. 1929.
- JAUSION, P. COT et R. SOHIER. — Le traitement des eczémas, maladies de sensibilisation. *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 29 nov. 1929.
- JAUSION, PECKER et GERVAIS. — Deux cas d'érythème polymorphe solaire traités par l'auto-ouero-thérapie. *Bull. Soc. Franç. de Derm. Syph.*, 5 mai 1931.
- JAUSION, Ed. CARROT et A. GIBERT. — Un cas d'eczéma solaire spontané. Sa brusque généralisation après application de pommade. Sa guérison par l'auto-ouero-thérapie. *Bull. Soc. Franç. de Derm. Syph.*, janv. 1931.
- JAUSION, LENÈGRE et VENDEL. — Le rôle de la sensibilisation dans les eczémas et sa preuve thérapeutique. *Bull. Soc. Franç. de Derm. Syph.*, fév. 1928.
- JAUSION, S. COT et SOHIER. — Les eczémas pyocociques et mycosiques. *Pr. Médicale*, 9 mars 1929.
- JAUSION, GAUCH et GOLDBERG. — Les constitutions dermopathiques. *Pr. Médicale*, 15 juin 1929.
- JAUSION, P. COT et A. PECKER. — Les aspects cliniques de l'eczéma. Des symptômes à l'étiologie. *Science Méd. prat.*, 15 déc. 1930.

LORTAT-JACOB. — Les bases cliniques des eczémas.
Clin. et Labo., n° 6, 20 sept. 1923.

LOUSTE, THIBAUT et BARBIER. — L'autohémothérapie
dans les dermatoses. *Jour. méd. franç.* Nov. 1923.

MARTINAUD. — Un cas de prurit essentiel guéri par
l'auto-ouro-thérapie. *Rev. Méd. de Franche-Com-
té*, 15 juill. 1930.

MERKLEN et HIRSCHBERG. — L'autohémothérapie dans
la furonculose, les pyodermites et autres infec-
tions locales. *Soc. méd. des Hôp.*, 6 juillet 1923.

MILIAN. — L'hétérothérapie. *Soc. Méd. des Hôp.*, 20 oct.
1922.

— Etiologie et pathogénie de l'eczéma. VIII^e Congrès
de Derm. Syph. Copenhague, 1930.

NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — Sur certaines réac-
tions cliniques dans l'autohémothérapie. *Soc. de
Biologie*, 15 janv. 1923.

NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER et LEBEUF. — Homohémo-
thérapie dans la furonculose. Sa signification bio-
logique. *Soc. de Biol.*, 13 fév. 1923, page 523.

NICOLSKI. — L'importance des réflexes vaso-moteurs
de la peau altérée dans la thérapeutique des ma-
ladies de la peau. *Bull. Soc. de Derm. Syph.*
14 fév. 1924, page 94.

PASTEUR, VALLERY, RADOT et ROUGUÈS. — Les méthodes de désensibilisation en clinique. *Journ. Méd. Fr.*, 1930, page 185.

POUGET. — Etude clinique des urines de malades atteints d'eczéma papulo-vésiculeux. Thèse de Paris, 1911.

RAFFRAY — La médecine et la chirurgie dans la région du Nord avant la Révolution. Thèse Lille, 1920-21.

RASPILLER. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie dans les dermatoses. Thèse de Nancy, 1923.

RAVAUT. — Essai sur l'autohémothérapie dans quelques dermatoses. *Ann. de Derm. Syph.*, 1913.

— L'action des traitements anti-syphilitiques sur l'eczéma et diverses affections cutanées en rapport avec des phénomènes de sensibilisation. *Soc. Méd. des Hôp.*, 13 oct. 1922.

— Etiologie et pathogénie de l'eczéma. VIII^e Congrès de Derm. Syph. Copenhague, 1930.

RAVAUT et SPILLMANN. — Sensibilisation et désensibilisation dans les affections cutanées. II^e Congrès de Derm. vénérol. de Strasbourg, 1923. *Pr. Méd.*, 15 août 1923.

SABOURAUD. — Etiologie et pathogénie de l'eczéma. VIII^e Congrès de Derm. Syph. Copenhague, 1930.

SICARD. — Autohémothérapie sous-cutanée du rhume des foins. *Soc. Méd. des Hôp.*, 17 juill. 1914.

SICARD et GUTTMAN. — Autohémothérapie et épilepsie. *Soc. Méd. des Hôp.*, juill. 1912, page 192.

TRONCHON et MARTINAUD. — L'auto-ouero-thérapie dans le traitement d'un cas de rhume des foins. *Rev. Méd. de Franche-Comté*, 15 déc. 1930.

TSANCK. — Essai de désensibilisation de certains eczémas professionnels. *Soc. de Biologie*, 4 juin 1921.

— Traitement des eczémas professionnels par l'auto-hémothérapie. *L'Hôpital*, août 1921.

VANNIER L. — Le traitement des tuberculiques. *L'Homœopathie Française*, fév. 1925, n° 2.

WIDAL, ABRAMI, BRISSAUD. — Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasique. *Pr. Méd.*, 5 mars 1921.

